

مقاله‌ی پژوهشی

ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علایم بالینی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی با و بدون نمای سایکوتیک

خلاصه

مقدمه: تا کنون پژوهش‌های فراوانی درباره‌ی رابطه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات روان‌پزشکی صورت گرفته است. با توجه به این امر، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار در اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و اختلال افسردگی اساسی انجام گرفت.

روش کار: جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی اراک در سال ۹۴-۱۳۹۳ بود. به این منظور تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردید. برای گردآوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه‌های طرح‌واره‌های یانگ و چک‌لیست علایم بالینی استفاده شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون‌های تابع تشخیص و تحلیل واریانس یک‌سویه با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی نقص/شرم، شکست، انزوای اجتماعی، وابستگی/بی‌کفایتی، اطاعت و خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک به گونه‌ای معنی‌دار ($P < 0/01$) بیشتر از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی است، به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که علایم بالینی و طرح‌واره‌های ناسازگارانه، ابتلای افراد به اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و اختلال افسردگی اساسی را پیش‌بینی می‌کند در نتیجه ترکیب طرح‌واره‌های ناسازگار و علایم بالینی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و اختلال افسردگی اساسی تایید شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگار و علایم بالینی در اختلال افسردگی اساسی می‌توان گفت که طرح‌واره‌های ناسازگارانه در شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در افراد موثرند.

واژه‌های کلیدی: اختلال افسردگی اساسی، سایکوز، طرح‌واره

* زهرا کیافر

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران (همدان)، ایران

حمیدرضا جمیلیان

دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

زهرا شهرباف علیایی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران (خراسان رضوی)، ایران

محمدرضا خوانساری

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، بنیاد بیماری‌های خاص، مرکز پزشکی خاص شرق، تهران

*مؤلف مسئول:

دانشگاه علوم و تحقیقات تهران (همدان)، ایران

saminkia@ymail.com

تاریخ وصول: ۹۵/۰۱/۰۲

تاریخ تایید: ۹۵/۰۵/۱۹

پی‌نوشت:

این پژوهش منتج از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد و بدون رابطه با منافع نویسندگان اجرا شده است. از تمام شرکت‌کنندگان محترم، سپاسگزاری می‌گردد.

مقدمه

هر کس در طول زندگی خود، افسردگی را تجربه می‌کند. افسردگی هم مانند غم و شادی، پاسخ طبیعی انسان به فشارهای زندگی است. افسردگی مرضی^۱، به قدری شایع است که سرماخوردگی روان‌پزشکی لقب گرفته است. در اکثر موارد، افسردگی از لحاظ زمانی محدود است، دوره‌های درمان نشده معمولاً پس از ۶-۳ ماه از بین می‌روند اما احتمال عود، زیاد است. به همین دلیل هدف درمان، نه تنها باید تسریع در بهبود دوره‌ی فعلی بلکه ایجاد تداوم در بهبود و در صورت امکان، کاستن از احتمال برگشت بیماری باشد (۱). سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ بیماری افسردگی بزرگ‌ترین بیماری از جهت ابتلا خواهد بود و دومین عامل مرگ و میر می‌باشد (۲). در مدل شناختی بک از افسردگی، خود طرح‌واره‌های منفی کلید عوامل آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی هستند (۳). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ممکن است آسیب‌پذیری شناختی حتی برای افراد آسیب‌پذیری که در حال حاضر افسرده نیستند را ایجاد کند (۴). طرح‌واره‌ها به عنوان باورهای بنیادین ناکارآمدی در نظر گرفته می‌شوند که توسط یک حمله فعال می‌شوند. در حقیقت طرح‌واره‌ها ذخیره می‌شوند تا در شرایط خاص فعال شوند (۵). مفهوم طرح‌واره‌ها از نظر یانگ، باورهای عمیق و مستحکمی در مورد خود و جهان هستند که در اوایل زندگی آن‌ها را آموخته‌ایم. طرح‌واره‌ها در احساسی که ما از خودمان داریم، نقش محوری دارند. ما به این طرح‌واره‌ها پیوند داریم حتی زمانی که آن‌ها به ما آسیب وارد می‌کنند (۶).

به طور معمول اهداف اساسی در درمان طرح‌واره‌ای، شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تایید اعتبار نیازهای هیجانی نامناسب، تغییر باورهای ناکارآمد و طرح‌واره‌های ناسازگار برای عملکرد بهتر، تغییر الگوهای زندگی و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و فراهم کردن محیطی برای یادگیری مهارت‌های انطباقی است (۷). برخی از طرح‌واره‌ها، به ویژه آن‌ها که عمدتاً در نتیجه‌ی تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته‌ی اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش‌شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک قرار بگیرند (۸). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ساختارهای شناختی بنیادینی هستند که در طول عمر شکل می‌گیرند و در افراد بهنجار جامعه به درجاتی وجود دارند اما در افراد مبتلا به اختلالات روانی به صورت اغراق‌آمیز و افراطی خود را نشان می‌دهند (۹). اخیراً یانگ با تجدید نظر در مفهوم طرح‌واره، بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به عنوان ساختارهای کلیدی در ایجاد آسیب‌شناختی روانی تاکید می‌کند (۱۰).

طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی اولیه و شیوه‌های ناسازگارانه‌ای که بیماران برای مقابله با آن‌ها یاد می‌گیرند اغلب زیربنای علایم اختلالات مزمن محور یک همانند اختلالات سوء‌مصرف مواد، افسردگی، اضطراب و روان‌تنی هستند (۶).

در نمونه‌های بیماران غیربالینی افسرده، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی شکست، نقص داشتن/شرم و قربانی کردن خویش با نشانه‌های افسردگی شدید همراه شده‌اند. بیماران افسرده‌ی مزمن در مقایسه با بیماران افسرده‌ی غیر مزمن (۱۰) از نظر آماری، نمرات بالاتر و معنی‌دارتری را در همه‌ی حیطه‌های طرح‌واره نشان می‌دهند. پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان انجام شد، نتایج این مطالعه نشان داد طرح‌واره‌درمانی، نشانه‌های افسردگی مزمن را به موازات تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه کاهش می‌دهد (۱۱). محققان در یک پژوهش طولی چهار ساله، در نمونه‌ی جمعیتی بزرگی بالغ بر ۵۹۱ نفر دریافتند که آسیب‌گریزی بالا، به طور معنی‌داری افسردگی شدید بعدی را بعد از آغاز اولیه‌ی افسردگی پیش‌بینی می‌کند (۱۲). در یک مطالعه‌ی طولی ۹ ساله پایایی افکار ناکارآمد و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در افراد افسرده بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که این طرح‌واره‌ها و افکار، در طول زمان، پایا هستند و می‌توانند عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی باشند (۱۳). در مطالعه‌ای درباره‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، این بیماران، نمرات بالاتری را در مقایسه با گروه شاهد در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به دست آوردند (۱۴).

طرح‌واره‌درمانی برای درمان بسیاری از اختلالات محور یک و دو، گزینه‌ی مناسبی به شمار می‌رود. از این روش، به ویژه در درمان بیماری‌های ویژه‌ی اختلالات شخصیت استفاده‌ی بسیاری شده است. بیشتر پژوهش‌هایی که تا به حال در مورد افسردگی صورت گرفته، بر علامت‌شناسی خلق یا فرآورده‌های شناختی افسردگی تمرکز داشته‌اند اما تا کنون تحقیقات چندانی در زمینه‌ی چگونگی تاثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به افسردگی صورت نگرفته است. ما در این پژوهش قصد داریم مقایسه‌ای بین علایم بالینی و طرح‌واره‌های اولیه‌ی ناسازگاری که در شکل‌گیری افسردگی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی موثرند، انجام دهیم. یانگ بر این باور است که طرح‌واره‌های ناسازگار در افراد به تجربه‌ی رویدادهای منفی در زندگی منجر می‌شود و حضور چنین رویدادهایی در زندگی شخص، باعث احساس فشار روانی بیش از حد و نارضایتی از زندگی می‌شود. کسانی که از طرح-

¹Morbid Depression

شامل ۲۳۲ سؤال است و ۱۸ طرح‌واره‌ی ناکارآمد را اندازه‌گیری می‌کند. هنجاریابی این پرسش‌نامه نیز در ایران توسط آهی (۲) بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده است که شامل ۲۵۲ نفر زن و ۱۳۵ نفر مرد بوده و به شیوه‌ی تصادفی چندمرحله‌ای از دانشگاه‌های علامه طباطبائی، شهید بهشتی تهران، مدرس و دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات انجام شده بودند. همسانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت زن ۰/۹۷ و در جمعیت مرد ۰/۹۸ به دست آمده است. اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌های یانگ توسط اسمیت، یانگ و تلج انجام شده است (۶). نتایج این مطالعه نشان داد برای هر طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۰/۸۳ برای طرح-واره‌ی خود تحول نیافته/گرفتار تا ۰/۹۶ برای طرح‌واره‌ی نقص/شرم و ضریب آزمون-بازآزمون در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمده است. هم‌چنین پایایی هر یک از طرح‌واره‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شده است.

ب- چک‌لیست علایم بالینی (SCL-90-R): چک‌لیست علایم بالینی ۹۰ تجدید نظر شده و فرم کوتاه شده‌ی آن، یعنی سیاه‌ی کوتاه نشانه‌های بیماری، برای سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق خودسنجی بسیار مناسب است. این چک‌لیست را نباید یک مقیاس سنجش شخصیت تلقی کرد، بلکه بیشتر وسیله‌ای برای سنجش سطح فعلی نشانه‌های بیماری است که طی یک فاصله‌ی زمانی یک هفته‌ای روی می‌دهند. SCL-90-R یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای تشخیص است. این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است که توسط مراجع گزارش می‌شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردید. با استفاده از این آزمون می‌توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. هر یک از سؤال‌های آزمون از یک طیف ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی (از نمره‌ی صفر برای هیچ تا چهار برای به شدت) تشکیل شده است. نمره‌های به دست آمده بیانگر ۹ بعد از نشانه‌های بیماری و ۳ شاخص کلی است. این آزمون از اعتبار مطلوبی برخوردار است. ضرایب همسانی درونی برای ۹ بعد از نشانه‌های بیماری در مورد بیماران روانی سرپایی در دامنه‌ی حداقل ۰/۷۹ برای اندیشه‌پردازی پارانوئیدی تا بالای ۰/۹۰ برای افسردگی قرار دارد. دروگاتیس^۱ و همکاران (۱۷) اعتبار درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفا رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. بیشترین ضریب همستگی برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین آن برای روان‌گسسته‌گرایی ۰/۷۷ به دست آمده است. در پژوهش‌های دیگر نیز

واره‌های ناسازگار به طور افراطی استفاده می‌کنند، بیشتر تحت تاثیر حوادث منفی زندگی قرار می‌گیرند (۱۵). لذا با شناسایی و اصلاح این طرح‌واره‌های ناسازگار در افراد افسرده می‌توانیم کمک بزرگی به کاهش علایم و نشانه‌ها در این بیماران بکنیم.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر تمام مراجعه‌کنندگان به سه کلینیک مشاوره و روان‌درمانی، دو مطب خصوصی ارائه‌دهنده‌ی خدمات تخصصی روان‌پزشکی و یک بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی در شهرستان اراک بود که پس از مصاحبه‌ی بالینی بر مبنای چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و انجام آزمون افسردگی بک انتخاب شدند. این افراد در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، نمره‌ی متوسط تا شدید را به دست آورده و بر این اساس، تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند. آزمودنی‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و با توجه به حجم نمونه و تشخیص دریافت شده در دو گروه اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و اختلال افسردگی اساسی غیر سایکوتیک قرار گرفتند. حجم نمونه در گروه اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک ۳۰ نفر و در گروه اختلال افسردگی اساسی ۶۰ نفر بود. این حجم نمونه برای مطالعات آزمایشی نمونه بزرگی محسوب شده و کافی به نظر می‌رسد (۱۶). سپس آزمودنی‌ها به دو پرسش‌نامه‌ی چک‌لیست علایم بالینی (SCL-90-R) و طرح‌واره‌های یانگ (YSQ-sf) پاسخ دادند. برای شرکت‌کنندگان اهداف کار توضیح داده و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات تنها جهت پژوهش بوده و محرمانه باقی خواهد ماند. پس از اعلام رضایت آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده شد.

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی یانگ (YSQ): این پرسش‌نامه ابزاری خودگزارش‌دهی برای سنجش طرح‌واره‌ها است. بیمار بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در مقیاس لیکرت شش-درجه‌ای می‌سنجد. فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌های یانگ ۷۵ جمله دارد و از پنج سؤالی که در فرم بلند بیشترین بار تحلیل عاملی را داشتند، تشکیل شده است (۶). فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی یانگ (YSQ-S2) شامل ۷۵ سؤال است و در کارهای پژوهشی بیشتر به کار می‌رود زیرا اجرای آن، مدت کوتاه‌تری به طول می‌انجامد. اخیراً یانگ هر دو پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌ها را مورد تجدید نظر قرار داده و در نتیجه YSQ-L3 و YSQ-S3 را ساخته است. فرم بلند پرسش‌نامه‌ی یانگ

¹Derogatis

نتایج

آزمودنی‌های این پژوهش را بیماران با اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و اختلال افسردگی اساسی تشکیل می‌دهند. در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داده شده است.

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی بیماران با اختلال افسردگی اساسی و سایکوتیک

متغیر	افسردگی اساسی		افسردگی نمای سایکوتیک	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت	۴۳	۷۱/۶	۶۶/۷	۲۰
	۱۷	۲۸/۳	۳۳/۳	۱۰
وضعیت تاهل	۱۳	۲۱/۷	۳۳/۳	۱۰
	۴۷	۷۸/۳	۶۶/۷	۲۰
تحصیلات	۴	۶۲/۹	۴۷/۲	۱۷
	۱۷	۳۱/۴۸	۲۷/۷	۱۰
کاردانی	۱	۱/۸۵	۲/۷	۱
	۲	۳/۷	۲۲/۲	۸
میانگین سن	۳۷/۳۶		۳۹/۷۶	
انحراف معیار سن	۹/۸۱		۱۰/۶۲	

اعتباریابی آزمون در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. از جمله می‌توان به پژوهش‌های والیجو^۱ و همکاران (۱۸)، کارلوزی و لانگ^۲ و هسل^۳ و همکاران (۲۰) اشاره نمود. در ایران نیز تحقیق میرزایی نشان داد پایایی آزمون در تمام مقیاس‌ها به استثنای مقیاس خصومت، ترس مرضی و افکار پارانویید بیشتر از ۰/۸۰ بوده است. نتایج پژوهش میرزایی حاکی از روایی همزمان و اعتبار به روش بازآزمایی مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی است. روایی سازه نیز نشانگر آن بود که از این آزمون به عنوان یک وسیله جهت سرند کردن و تشخیص بیماری‌های روانی در ایران می‌توان استفاده کرد (۲۱). بیانی در پژوهشی وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان را با استفاده از میانگین نقطه برش ۲/۵ برای زیر مقیاس‌ها و نقطه برش ۱/۳ را برای شاخص علائم مرضی، مورد بررسی قرارداد. در این تحقیق میانگین و انحراف معیار شاخص علائم مرضی برای کل نمونه‌ی زنان و مردان به ترتیب 0.64 ± 0.78 ، 0.7 ± 0.72 و 0.58 ± 0.84 بود (۲۲).

¹Vallejo
²Carlozzi and Long
³Hessel

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد طرح‌واره‌های ناسازگار در افسرده‌های نمای سایکوتیک و اساسی

خوشن داری	استحقاق	میارهای	بازداری	اشار	اطاعت	گرفتار	آسیب پذیری	وابستگی	شکست	قص نسیم	انزوای اجتماعی	نی اعتمادی	رها شدگی	محر و مین
سایکوتیک														
۲۰/۶۰	۱۹/۴۳	۲۳/۴۳	۲۰/۶۶	۲۰/۷۳	۲۱/۱۶	۱۶/۸۳	۱۹	۲۱/۱	۲۱/۷	۱۸/۹	۲۳/۱۶	۱۹/۹۶	۲۲/۲	۲۲/۴۰
۶/۴۳	۶/۱۷	۵/۲۰	۶/۸۷	۶/۰۵	۷/۱۲	۶/۴۴	۸/۳۷	۷/۲۳	۶/۰۳	۷/۴۶	۶/۴۰	۷/۱۵	۶/۸۵	۵/۴۶
اساسی														
۱۶/۶۶	۱۷/۹۸	۲۳/۱۳	۱۸/۶۳	۲۱/۶۰	۱۶	۱۴/۶۸	۱۶/۱۳	۱۴/۵	۱۶/۷	۱۴/۲	۱۷/۸۱	۱۷/۲	۲۰	۲۱/۵۱
۵/۴۷	۵/۱۹	۱۰/۶۵	۶/۹۹	۶/۵۸	۶/۸۲	۶/۷۸	۶/۷۸	۷/۶۴	۷/۵۹	۶/۹۸	۷/۶۹	۶/۸۱	۶/۵۸	۱۱/۹

در جدول بالا میانگین و انحراف استاندارد طرح‌واره‌های ناسازگار آزمودنی‌ها بر اساس اختلالات افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و افسردگی اساسی آمده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد علائم بالینی در افسرده‌های نمای سایکوتیک و افسرده‌های اساسی

شدت کلی	روان گسسته‌گرا	افکار پارانوییدی	ترس مرضی	پر خاشکری	اضطراب	افسردگی	حساسیت	وسواسی - اجبار	شکایت جسمانی
۲/۳۹	۲/۱۳	۲/۵۳	۱/۸۰	۲/۳۵	۲/۵۶	۲/۸۰	۲/۳۲	۲/۴۶	۲/۲۴
۰/۷۵	۰/۹۴	۱/۱۵	۰/۹۶	۱/۰۱	۰/۹۳	۰/۸۰	۰/۸۶	۰/۶۶	۱/۰۳

سایکوتیک

میانگین

انحراف معیار

۱/۷۶	۱/۲۷	۱/۸۰	۱/۰۱	۱/۸۰	۱/۸۶	۲/۱۵	۱/۸۸	۱/۹۷	۱/۸۸	اساسی
۰/۷۲	۰/۸۰	۰/۹۱	۰/۷۵	۱/۱۷	۰/۹۱	۰/۸۲	۰/۸۰	۰/۷۷	۰/۷۷	میانگین
						انحراف معیار				

جدول ۵- تحلیل واریانس یک‌سویه و آزمون لون به منظور بررسی

همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

معنی‌داری	F	معنی‌داری	df2	df1	F	طرح‌واره
۰/۷۰	۰/۱۴	۰/۱۴	۸۸	۱	۲/۲۴	محروریت هیجان
۰/۱۶	۲/۰۱	۰/۸۵	۸۸	۱	۰/۰۴	رهاشدگی
۰/۰۷	۳/۱۹	۰/۶۷	۸۸	۱	۰/۱۷	بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۰/۰۰۱	۱۰/۷۵	۰/۰۶	۸۸	۱	۳/۳۴	انزوای اجتماعی/ بیگانگی
۰/۰۰۵	۸/۴۹	۰/۸۵	۸۸	۱	۰/۰۴	نقص/شرم
۰/۰۰۲	۹/۷۳	۰/۰۶	۸۸	۱	۳/۵۹	شکست
۰/۰۰۰	۱۵/۴۴	۰/۶۴	۸۸	۱	۰/۲۱	وابستگی/بی‌کفایتی
۰/۰۸	۳/۱۱	۰/۱۰	۸۸	۱	۲/۶۷	آسیب‌پذیری
۰/۱۵	۲/۰۷	۰/۸۲	۸۸	۱	۰/۰۵	گرفتار
۰/۰۰۱	۱۰/۸۴	۰/۷۱	۸۸	۱	۰/۱۴	اطاعت
۰/۵۴	۰/۳۶	۰/۵۱	۸۸	۱	۰/۴۳	ایثار
۰/۱۹	۱/۷۰	۰/۸۸	۸۸	۱	۰/۰۲	بازداری هیجانی
۰/۸۸	۰/۰۲	۰/۴۴	۸۸	۱	۰/۰۵۹	معیارها
۰/۲۴	۱/۳۷	۰/۳۷	۸۸	۱	۰/۷۸	استحقاق
۰/۰۰۳	۹/۱۷	۰/۲۶	۸۸	۱	۱/۲۶	خوب‌بختنداری

در تحلیل تشخیص همزمان، ۲۴ متغیر پیش‌بین با هم وارد تحلیل شده‌اند و در این روش پس از ارایه، تمام متغیرها در تحلیل باقی ماندند. مقدار لامبدای ویلکز به دست آمده (۰/۵۷) می‌تواند به طور معنی‌دار گروه افسرده‌های سایکوتیک و افسرده‌های اساسی را از هم متمایز سازد. مقدار لامبدای ویلکز بین صفر و یک تغییر می‌کند. هر چه مقدار به یک، نزدیک‌تر باشد یعنی تفاوت‌ها معنی‌دار نیستند. از آن جا که در پژوهش حاضر در سطح ۰/۰۵ مقدار لامبدا معنی‌دار است، در نتیجه ترکیب طرح‌واره‌های ناسازگار و علایم بالینی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال افسردگی سایکوتیک و اختلال افسردگی اساسی تایید می‌گردد.

جدول ۶- آزمون تابع تشخیص در افسرده‌های نمای سایکوتیک و

افسرده‌های اساسی

تابع مقدار ویژه لامبدای ویلکز مجذور خی درجه‌ی آزادی سطح معنی‌داری	۱	۰/۷۵	۰/۵۷	۴۲	۲۴	۰/۰۱

از ۳۰ آزمودنی مبتلا به افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک در ۲۳ مورد تابع تشخیص، پیش‌بینی کرده است که افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک در طرح‌واره‌های ناسازگار و

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها که یکی از پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک و از جمله تحلیل واریانس می‌باشد از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن به تفکیک دو گروه در جدول زیر آمده است.

جدول ۴- آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن

توزیع طرح‌واره‌های دو گروه

طرح‌واره	افسردگی اساسی		افسردگی سایکوتیک	
	Z	معنی‌داری	Z	معنی‌داری
محروریت هیجان	۱/۶۶	۰/۰۸	۱/۱۸	۰/۱۲
رهاشدگی	۰/۸۲	۰/۵۱	۰/۷۹	۰/۵۷
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۰/۶۰	۰/۸۵	۰/۷۲	۰/۶۸
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۰/۶۰	۰/۸۵	۰/۷۸	۰/۵۷
نقص/شرم	۱	۰/۲۷	۰/۷۲	۰/۶۹
شکست	۰/۶۵	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۴۹
وابستگی/بی‌کفایتی	۲۰/۱	۰/۱۱	۰/۸۲	۰/۵۰
آسیب‌پذیری	۰/۶۸	۰/۷۳	۰/۶۸	۰/۷۴
گرفتار	۰/۶۵	۰/۷۹	۰/۷۵	۰/۶۱
اطاعت	۰/۹۵	۰/۳۲	۰/۹۲	۰/۳۶
ایثار	۰/۷۹	۰/۵۵	۰/۶۴	۰/۸۰
بازداری هیجانی	۲۷/۱	۰/۰۸	۰/۹۱	۰/۳۷
معیارها	۰/۶۸	۰/۷۳	۰/۶۷	۰/۷۶
استحقاق	۰/۹۱	۰/۳۷	۰/۵۶	۰/۹۰
خوب‌بختنداری	۰/۹۲	۰/۳۵	۰/۵۸	۰/۸۸

از آزمون لون نیز به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است. اگر مقدار لون در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نباشد، نشان‌دهنده‌ی این است که واریانس‌ها برابر هستند. نتایج آزمون لون نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش وجود ندارد. بنابراین از آزمون تحلیل واریانس برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ قابل مشاهده است. با توجه به نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی نقص/شرم، شکست، اطاعت، انزوای اجتماعی، وابستگی/بی‌کفایتی، خوب‌بختنداری/خودانضباطی ناکافی مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند ($P < 0/01$).

اولیه و نشانه‌های افسردگی (۳۰) انجام شد و طی آن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در طول دوره‌ی درمان، در بیماران سرپایی که تشخیص افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند مورد آزمایش قرار گرفتند و این نتیجه به دست آمد که طرح‌واره‌های ناسازگار طرد/جدایی و عملکرد مختل/خودگردانی مربوط به نشانه‌های شدید افسردگی هستند هم‌خوان است. در پژوهشی که به منظور بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رویدادهای منفی زندگی در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب انجام شد، نتایج این مطالعه نشان داد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی و اضطراب هستند (۳۱). هم‌چنین با یافته‌های نیلسون^۴ که نشان داد، طرح‌واره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی، شکست، وابستگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، بازداری هیجانی، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی و بدبینی، زمانی که این علائم در طول دوره‌ی نقاهت و علائم افسردگی مورد کنترل قرار می‌گیرند، ۲۸ درصد از کاهش واریانس را در عملکرد این افراد نشان می‌دهد هم‌سویی دارد. این پژوهش و پژوهش‌های دیگر صورت گرفته در رابطه با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم آسیب‌شناسی روانی همواره بر اهمیت وجود این طرح‌واره‌ها در شکل‌گیری علائم بالینی صحه‌گذارده است (۳۲). از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت، پاسخ به ماده‌های پرسش‌نامه به دلیل تعداد زیاد سؤالات و محدودیت زمانی می‌تواند بر نحوه‌ی پاسخگویی به سؤالات تاثیرگذار باشد. با توجه به شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگارانه در این اختلالات پیشنهاد می‌شود از نتایج این پژوهش برای مطالعات کاربردی‌تر با هدف استفاده از طرح‌واره‌درمانی در درمان اختلال افسردگی اساسی بهره‌جست.

نتیجه‌گیری

طرح‌واره‌های فعال شده گرایش به تولید عواطف و افکار منفی خودکاری دارند که منجر به دوره‌های متناوب افسردگی می‌گردد و این که احتمالاً با شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی اولیه می‌توان به بهبود علائم و کاهش آن‌ها به نحوی که باعث درمان شوند کمک به‌سزایی کرد.

علایم بالینی از افسرده‌های اساسی قابل تفکیک هستند. هم‌چنین از ۶۰ آزمودنی مبتلا به افسردگی اساسی، ۵۱ نفر از لحاظ طرح‌واره‌های ناسازگارانه و علائم بالینی از افراد مبتلا به اختلال افسردگی سایکوتیک تمیز داده شده‌اند.

بحث

پژوهش حاضر با عنوان مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگارانه و علائم بالینی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی با و بدون نمای سایکوتیک می‌باشد و با هدف شناسایی و مقایسه‌ی طرح‌واره‌های شناختی در این مبتلایان صورت گرفت. نتایج نشان داد که علائم بالینی و طرح‌واره‌های ناسازگارانه، ابتلای افراد به اختلال افسردگی اساسی با نمای سایکوتیک و اختلال افسردگی اساسی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج این مطالعه با یافته‌های ولبرن^۱ و همکاران (۲۳) در رابطه با وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ارتباط آن با علائم روان‌پزشکی از جمله جسمانی کردن، وسواس فکری-اجباری، حساسیت بین فردی، اضطراب، افسردگی، خصومت، عقاید پارانوئید و روان‌پریش‌گرایی، هم‌سو است. هم‌چنین با یافته‌های گرجی و همکاران (۲۴) مبنی بر وجود ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگارانه و شدت افسردگی، یافته‌های لطفی و همکاران (۲۵)، پینتو-گویا^۲ و همکاران (۲۶) درباره‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ایجاد آسیب‌پذیری شخصیتی، هم‌سو است. یافته‌های این پژوهش با مطالعه‌ی دیگری مبنی بر رابطه‌ی بین طرح‌واره‌های ناسازگارانه و علائم افسردگی در دانش‌آموزان راهنمایی، هم‌خوانی دارد (۲۷). هم‌چنین تحقیقات نشان دادند که بهبود و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی اولیه منجر به کاهش علائم بالینی می‌شود. نتایج مطالعات انجام شده در ارتباط با افسردگی نشان می‌دهند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم شدت افسردگی در طول دوره‌ی درمان (۲۸) و پس از ۹ سال پی‌گیری است (۲۹) که با پژوهش حاضر هماهنگ است. نتایج این پژوهش با یافته‌های به دست آمده‌ی رنر^۳ و همکاران که درباره‌ی ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگار

¹Welburn

²Pinto-Gouveia

³Renner

⁴Nilsson

References

- Ghasemzadeh H. [Cognitive behavior therapy for psychiatric problems (a practical guide)]. 8th ed. Tehran: Arjmand; 2011: 224-5. (Persian)
- Ahi G. [Normalization young schemas questionnaire: short form]. MA. Dissertation. Tehran: Allame Tababae University, College of psychology and education science, 2007. (Persian)
- Beck AT, Rush A J, Shaw B, & Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1967.
- Beck AT. Cognitive models of depression. J Cogn Psychother 1987; 37: 1.
- James IA, Southam L, Blackburn M. Schemas revisited. Clin Psychol Psychother 2004; 11: 369-77.
- Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire: Short form. New York; 2003.

7. Sprry L. [Diagnostic and treatment of personality disorder]. Khansri MR, Mojtabae M, Jamilian HR. (translators). Tehran: Elm; 2003. (Persian)
8. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: conceptual model. In Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford; 2003.
9. Delarco J. Cognitive schemas in relation to personality traits. Dissertation. 2007.
10. Riso LP, du Toit PL, Blandino JA, Penna S, Dacey S, Duin JS, et al. Cognitive aspects of chronic depression. *J Abnorm Psychol* 2003; 112: 72-80.
11. Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, Abedi M, Sadeghi Hosnijeh A. The effect of schema therapy on chronic depression in students. *Journal of researchers of behavioral sciences* 2012; 4(10): 285-91.
12. Farmer RF, Seeley JR. Temperament and character predictors of depressed mood over a 4- year interval. *Depress Anxiety* 2009; 26: 371-81.
13. Wang CEA, Halvorsen M, Eisemann M, Waterloo K. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *J Behav Ther Exper* 2010; 41(4): 389-96.
14. Hawke LD, Provencher MD. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2012; 136(3): 803-11.
15. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Florida: Professional Resources; 1999.
16. Rahbardar H, Sampling, Dayyani MH. [The comprehensive guidance of qualitative, quantitative and synthetic researches]. 3rd ed. Mashhad; 2016: 155-6. (Persian)
17. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1976; 19: 1-15.
18. Vallejo MA, Jordan CM, Diaz MI, Comeche MI, Ortega J. psychological assessment via the internet: a reliability and validity study of online versions of the general health questionnaire-28 (GHQ-28) and the symptoms checklist-90-revised (SCL-90-R). *J Med Internet Res* 2007; 9(1): e2.
19. Carozzi NE, Long PJ. Reliability and validity of the SCL-90-R PTSD subscale. *J Interpers Viol* 2008; 32(9): 1162-76.
20. Hessel A, Geyer M, Braehler E. Psychiatric problems in the elderly-standardization of the symptom check list SCL-90- R in patients over 60 years of age. *Z Gerontol Geriatr* 2001; 34(6): 498-508.
21. Mirzaei R. [Assessment validity and reliability of SCL-90-R test in Iran]. Dissertation. Tehran University; 1979: 50-53. (Persian)
22. Bayani A, Koochaki AM, Koochaki GHM. [Designation of situation mental health of teachers in golestan province by symptom check list-90- Revised (SCL-90-R)]. *Medical sciences of Gorgan University* 2008; 2: 44-39(2). (Persian)
23. Welburn K, Coristine K, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The schema questionnaire short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cogn Ther Res* 2002; 26: 519-30.
24. Ahmadian-Gorgi M, Fata L, Asgharnezhad F, Malakooti K. [Comparison early maladaptive schemas in depressed patients with suicidal action and non suicidal action]. *New of cognitive sciences* 2009; 4(10): 49-59. (Persian)
25. Lotfi R. [Schema comparison of cluster B personality disorders in not adjunctive patients]. Letter of psychology. Tehran: Al-Zahra University, College of psychology and educational sciences, 2006. (Persian)
26. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cogn Ther Res* 2006; 30: 571-84.
27. Montazeri MS, Kavehfarsani Z, Mehrabi H, Shakiba A. [Relationship between early maladaptive schemas and depression in guidance school students in Falavarjan]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2013; 23: 179-88. (Persian)
28. Nordahl HM, Nysaeter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005; 36(3): 254-64.
29. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: 9-year follow-up study. *Cogn Ther Res* 2010; 34(3): 368-79.
30. Renner F, Lobbstaël J, Peeters F, Arntz A, Huijbers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord* 2012; 136: 581-90.
31. Lindsay MA. Early maladaptive schemas and negative life events in the prediction of depression and anxiety. Dissertation. Department of Psychology, College of Liberal Arts and Sciences, Rowan University, 2011.
32. Nilsson KK. Early maladaptive schemas and functional impairment in remitted bipolar disorder patients: *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43(4): 1104-8.